第7号様式(第11条関係)

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 　 | 受給者氏名 | 　 | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 　 |
| 再交付申請の理由 | 　 |

　　上記のとおり申請します。

　　　　年　　月　　日

住所

申請者

氏名

(受給者との続柄　　　　　)

　　阿賀野市長　様

　(注)

　　1　再交付申請の理由は、具体的に詳しく記載すること。

　　2　破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。